

Abschlussarbeit

Depression aus systemischer Perspektive

Systemische Coaching Ausbildung - InKonstellation

(22.01.2026)

Inhaltsverzeichnis

ABSTRACT	IV
ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS	V
ABBILDUNGSVERZEICHNIS	V
1. EINLEITUNG	5
1.1. RELEVANZ DES THEMAS	5
1.2. AUFBAU DER ARBEIT.....	6
2. DEPRESSION	7
2.1. STÖRUNGSBILD UND SYMPTOME DER DEPRESSION	7
2.2. DIAGNOSTIK UND VERLAUF.....	8
2.3. STATISTISCHE BETRACHTUNG DER EPIDEMIOLOGIE	10
2.3.1. <i>Gesamt- und Lebenszeitprävalenz</i>	10
2.3.2. <i>Demographische Unterschiede und Fehltage</i>	11
2.4. URSACHEN VON DEPRESSION.....	12
3. SYSTEMISCHE THERAPIE	12
3.1. ENTSTEHUNG DER SYSTEMISCHEN THERAPIE.....	12
3.1. SYSTEMISCHE BETRACHTUNG MIT FOKUS BEZIEHUNGSMUSTER	12
4. METHODIK	15
4.1. FRAGESTELLUNG	15
4.2. STRUKTURBAUM.....	16
5. AUFBAU DER EMPIRIE	18
5.1. ERSTELLUNG UND AUFBAU DES FRAGEBOGENS.....	18
5.2. DURCHFÜHRUNG DER DATENERHEBUNG.....	18
5.3. AUSWERTUNG	19
6. DISKUSSION UND AUSBLICK	20
6.1. KRITISCHE BETRACHTUNG DES VORGEHENS	20
6.2. DISKUSSION KONZEPTE „LEBENSPROBLEM U. PROBLEMSYSTEM“	21
6.3. AUSBLICK.....	22
LITERATURVERZEICHNIS	V
ANLAGEN	VI
FRAGEBODEN	VI

Abstract

Diese Abschlussarbeit beschäftigt sich mit dem Krankheitsbild der Depression aus einer systemischen Perspektive. Ziel der Arbeit ist es, ein vertieftes Verständnis für Depressionen zu entwickeln, indem neben epidemiologischen, diagnostischen und ätiologischen Grundlagen insbesondere systemische Beziehungsmuster in den Fokus gerückt werden. Aufbauend auf einer umfassenden Darstellung des Störungsbildes der unipolaren Depression werden biologische, psychologische und soziale Einflussfaktoren beleuchtet und mit zentralen Konzepten der systemischen Therapie verknüpft.

Ein besonderer Schwerpunkt liegt auf der Analyse wiederkehrender Beziehungsmuster wie Loyalität, Bindung an Vergangenes, Perfektionismus, Rollendruck sowie partnerschaftlicher Dynamiken, die aus systemischer Sicht zur Aufrechterhaltung oder Entstehung depressiver Symptomatik beitragen können. Zur empirischen Erfassung dieser Risikofaktoren wird ein strukturierter Fragebogen entwickelt, der auf einem theoretisch hergeleiteten Strukturbaum basiert und biologische, psychische sowie soziale Ebenen integriert. Der Fragebogen ist als quantitatives Screening-Instrument konzipiert und soll eine erste Einschätzung systemischer Risikofaktoren ermöglichen.

Die Arbeit verdeutlicht, dass Depressionen nicht ausschließlich als individuelles Leiden verstanden werden können, sondern häufig im Kontext sozialer Systeme und Beziehungsmuster entstehen und aufrechterhalten werden. Abschließend werden die methodischen Grenzen der Arbeit kritisch reflektiert sowie Perspektiven für Prävention, weitere Forschung und den Einsatz systemischer Interventionen aufgezeigt.

Abkürzungsverzeichnis

EU	Europäische Union
Ggfs.	Gegebenenfalls
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
RKI	Robert Koch Institut
SAS	statistical analysis system
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
WHO	World Health Organization

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Diagnose depressiver Episoden nach ICD-10 Kriterien
Abbildung 2:	Prevalence by mental and substance use disorder
Abbildung 3:	Auszüge aus dem Fragebogen

1. Einleitung

1.1. Relevanz des Themas

„Was ist Depression? Es ist die Unfähigkeit zu fühlen, das Gefühl, tot zu sein, während der Körper noch lebt. Es ist die Unfähigkeit, froh zu sein, genau wie man unfähig ist, traurig zu sein. Ein depressiver Mensch wäre höchst erleichtert, wenn er traurig sein könnte.“ (Erich Fromm)

Depression ist völlig unabhängig von der Kultur und Nationalität eines Menschen (Kasper & Lehofer, 2012, S. 3). Sie beeinflusst immens die Gedankenwelt, sowie die Stimmung der betroffenen Person (Cui, 2015, S. 480). Depressive Störungen gewinnen sowohl global als auch national gesprochen an Bedeutung, denn neben dem individuellen Leidempfinden der betroffenen Person, stellen diese auch eine Herausforderung und Belastung für das unmittelbare Umfeld dar (DGPPN, 2015, S. 21-24). Die Entwicklung und der Anstieg der Depression in der Bevölkerung wird statistisch begründet, indem die Todesfälle von 1988 bei 35 Toden bedingt durch eine depressive Störung lagen und gemäß dem statistischen Bundesamt (2019) im Jahre 2017, 577 Tode durch Depression verzeichnen lassen. Selbst innerhalb von Jahren (2010 – 2012) haben sich die Zahlen an Todesfällen mehr als verdoppelt. Dies macht sehr deutlich wie wichtig eine entsprechende Aufklärungsarbeit und Präventionsmaßnahmen in diesem Themenfeld sind.

An Depressionen leidenden Menschen sind nicht mehr in der Lage alltägliche Aufgaben zu meistern und empfinden starkes Leid in ihrem gewohnten Umfeld (Kasper & Lehofer, 2012, S. 3).

Depressionen können bei schwerwiegender Erkrankung und Nichtbehandlung der Symptomatik im äußersten Falle zum Selbstmord führen. Laut einer statistischen Darlegung der WHO im Jahre 2018 ist die zweithäufigste Ursache eines Todesfalls in der Altersgruppe 15 bis 29 Jahren der Suizid. In Zahlen ausgedrückt sterben jährlich rund 800 000 Menschen an den Leiden einer depressiven Störung.

Eine Depression kann zudem unweigerlich Einfluss auf den Heilungsprozess anderer körperlicher Erkrankungen nehmen (Haenel, 2017, S. 3).

Der Mangel an Ressourcen und das Fehlen von geschultem Fachpersonal, sowie die allgemein existierende Meinung in der Gesellschaft in Anbetracht psychischer Störungen bedingen eine Behinderung in der Behandlung und eine falsche Diagnose. Dies gilt nach Betrachtung aller Einkommensniveaus für alle depressive Menschen (WHO, 2018). Demnach erhalten trotz einer Vielfalt an vielversprechenden wirksamen Methoden zur

Bewältigung von depressiven Störungen nur zehn Prozent eine adäquate Behandlung (Keck, 2017, S. 8).

Viele glauben, dass eine Depression einer harten Lebensphase gleicht, die es durch harte Disziplin zu überstehen gilt (Haenel, 2017, S. 3). Dies lässt sich belegen mit einer Studie innerhalb der EU, in der 64 Prozent der Befragten bei einer depressiven Symptomatik kein Fachpersonal aufsuchen.

Das Ziel dieser Studienarbeit ist es, einen übersichtlichen Einblick in die Epidemiologie der Depression zu geben, sowie das Krankheitsbild als solches zusammenzufassen und deren Symptomatik zu beschreiben. Diese soll ein besseres Verständnis erzeugen um die anschließende systemische Sichtweise dieser Erkrankung besser nachvollziehen zu können. Es soll ein Fragebogen zu der die Erfassung der Risikofaktoren der Entstehung einer Depression erstellt werden, welcher nach Bewertung der Methodik als Screening – Instrument genutzt werden kann um somit Präventionsmaßnahmen ableiten zu können.

1.2. Aufbau der Arbeit

Das erste Kapitel in dieser Arbeit stellt die Relevanz der Thematik dar und belegt dies anhand statistischer Werte. Es wird das Ziel der Arbeit beschrieben, sowie der Aufbau der Arbeit wiedergegeben.

Das zweite und dritte Kapitel umfasst die theoretischen Grundlagen. Es wird das Konstrukt der Depression durch das Heranziehen fachkundiger Literatur beschrieben und erläutert. Es wird die Symptomatik, die Prävalenz und Ätiologie der Depression beschrieben. Anschließend wird als zweites Konstrukt die systemische Sichtweise ebenfalls durch fachkundige Literatur verständnisvoll erläutert um abschließend die Depression aus systemischer Sichtweise mit dem Fokus auf die Beziehungsmuster zu beleuchten.

Das vierte Kapitel gibt Aufschluss über die Fragestellung dieser Arbeit und beschreibt die Herleitung des Strukturbaums unter Berücksichtigung der Beziehungsmuster mit Bezug zur Literatur.

Im fünften Kapitel wird das Forschungsdesign beschrieben, welches auf Grundlage des Strukturbaums konzipiert wurde. Es wird die Frage geklärt wie die Erhebung der Daten und die entsprechende hypothetische Auswertung und Interpretation der Daten erfolgt. Das Messinstrument ist dem Anhang zu entnehmen.

Das sechste Kapitel umfasst einen Diskussionsteil, der die kritische Bewertung des Vorgehens beinhaltet. Des Weiteren wird das Lebensproblem, sowie das Problemsystem in Bezug auf die Depression erklärt und abschließend ein Ausblick auf mögliche Zukunftsoptionen gegeben.

2. Depression

2.1. Störungsbild und Symptome der Depression

Laut der Weltgesundheitsorganisation (WHO) werden psychische Störungen und damit auch depressive Störungen anhand der internationalen Klassifikation für Krankheiten (ICD – 10) den affektiven Störungen zugeordnet (F30 – 39). Affektive Störungen sind charakterisiert durch die Veränderung der Stimmungslage, sowie dem allgemeinen Aktivitätslevel.

Die vorliegende Studienarbeit nimmt Bezug auf die unipolaren depressiven Störungen, welche sich von dem lateinischen Begriff „deprimere“ für unterdrücken oder niederdrücken ableiten und somit das charakteristische Merkmal, nämlich die niedergeschlagene Stimmungslage klar werden lässt. Des Weiteren werden Freudlosigkeit, Verminderung des Antriebs sowie ausgeprägte Müdigkeit und Interessenverlust zu den Hauptsymptomen einer depressiven Episode gezählt (DGPPN, 2015, S.28 – 30). Neben den Hauptsymptomen existieren auch gewisse zusätzliche Symptome wie Appetitminderung, Konzentrations- und Schlafstörungen, welche sehr häufig von vermindertem Selbstwertgefühl, sowie mangelndes Selbstvertrauen, einer negativen Einstellung gegenüber der Zukunft, Schuldgefühlen und gewissen Suizidgedanken oder -handlungen einhergehen (DIMDI, 2017). Die Symptomatik verdeutlicht sehr gut, warum Menschen, welche an einer Depression leiden in ihrer alltäglichen Lebensweise eingeschränkt sind und das Bewältigen von herkömmlichen Aufgaben für Sie eine Herausforderung darstellt. Kaum eine andere psychische Erkrankung erzeugt solch ein Maß an Leidensdruck, da depressive Störungen das Selbstwertgefühl und das Wohlbefinden negativ beeinflussen (DGPPN, 2015, S. 17).

2.2. Diagnostik und Verlauf

Depressionen können episodisch unter der Betrachtung der Anzahl und Schwere der beschriebenen Symptome auftreten, welche in ihrem Auftreten als leicht, mittelgradig oder schwer klassifiziert werden können. Wird die Depression durch eine Therapie und/oder Medikamente behandelt, kann sich die Länge einer solchen Episode auf geschätzte 16 Wochen strecken, welche bei 90% der Menschen, die an depressiven Episoden leiden, als mittel- bis schwergradig eingeschätzt werden (Kessler et al., 2003).

Für die Diagnose einer Depression müssen bestimmte Kriterien erfüllt sein. So braucht es für eine leichte bis mittelgradige Depression zwei der Hauptsymptome, sowie zwei bis vier der Zusatzsymptome, welche mindestens seit zwei Wochen bestehen müssen. Für die Diagnose einer schweren Depression benötigt es alle drei Hauptsymptome, sowie mindestens vier der Zusatzsymptome, die auch über einen Zeitraum von mindestens zwei Wochen bestehen müssen (DGPPN, 2015, S. 30 – 32).

Wenn depressive Episoden wiederholt auftreten, werden diese als rezidivierende, depressive Störungen bezeichnet. Es wird erst von einer chronischen depressiven Episode gesprochen, wenn eine Episode länger als zwei Jahre ohne jegliche Verbesserung des Zustandes anhält, was wiederum bei ungefähr 10 bis 15 Prozent der Menschen, welche daran leiden, der Fall ist (DGPPN, 2015, S. 26; Prölß et al., S. 30).

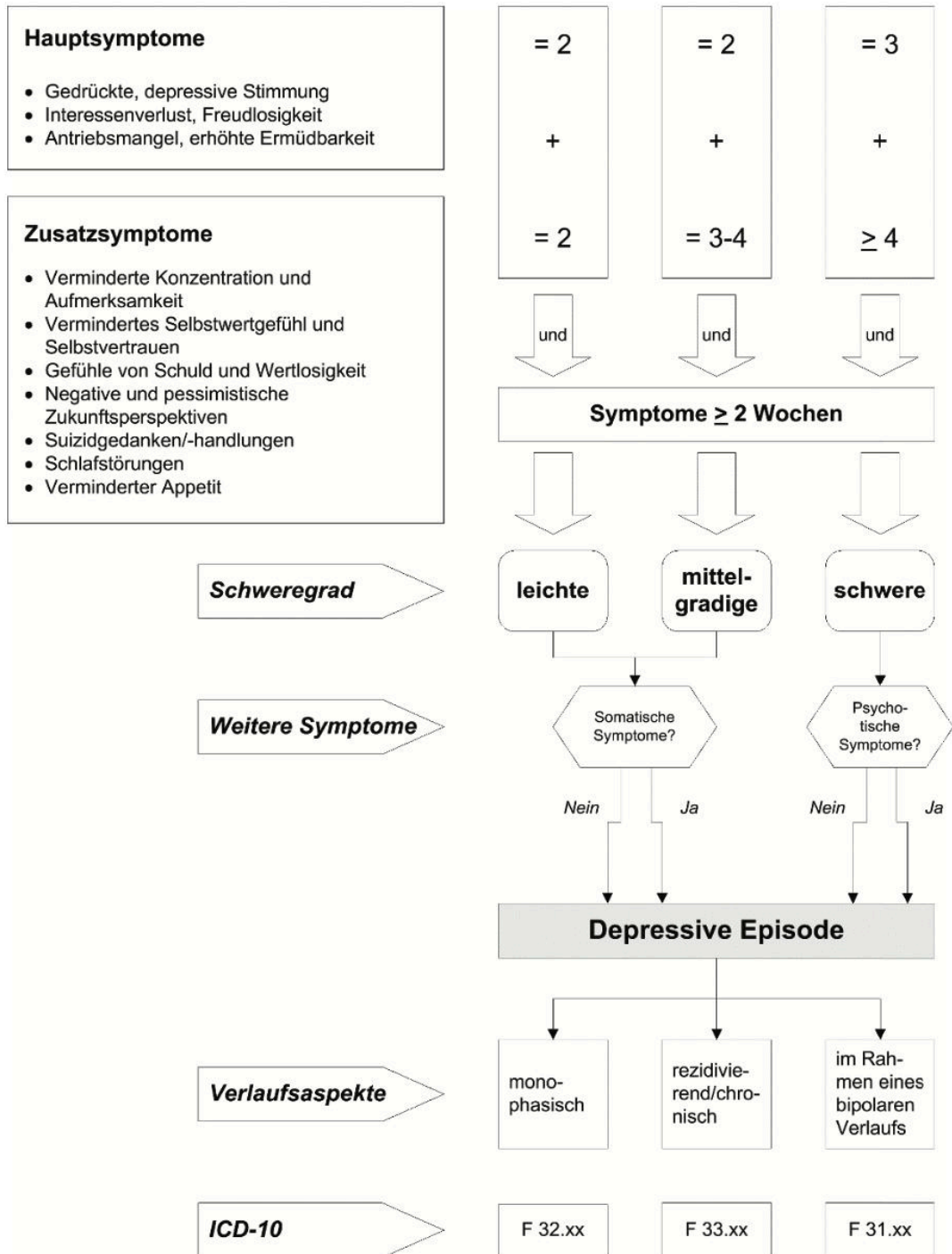


Abbildung 1: Diagnose depressiver Episoden nach ICD-10 Kriterien (Quelle: Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde, 2015, S. 33).

2.3. Statistische Betrachtung der Epidemiologie

Mit 264 Millionen Menschen, die an Depressionen leiden, zählt die Depression nach Angststörungen zu den wichtigsten und bedeutendsten Volkskrankheiten (Saloni Dattani, Hannah Ritchie and Max Roser (2021)).

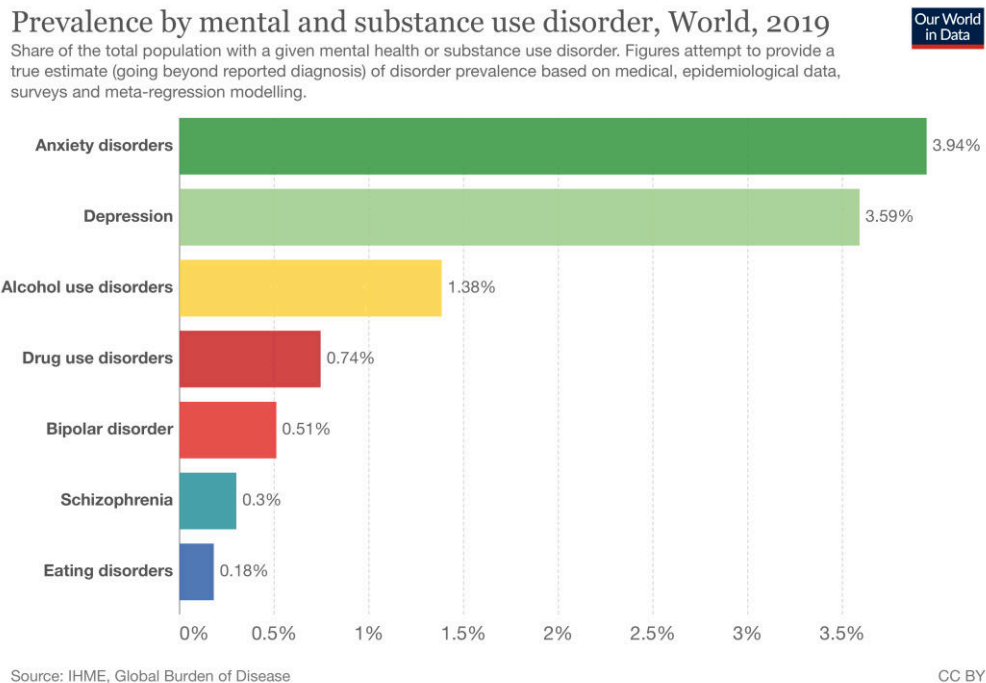


Abbildung 2: Prevalence by mental and substance use disorder. (Quelle: Institute for Health Metrics and Evaluation, Global Burden of Disease ,2019).

Laut einer Hochrechnung der WHO ist zu erwarten, dass die unipolare Depression im Jahre 2030 die größte Bedeutung hinsichtlich der Mortalität und der Beeinträchtigung des Betroffenen im Vergleich zu anderen psychischen Erkrankungen haben wird (Gin S Malhi, J John Mann, Depression, 2018).

2.3.1. Gesamt- und Lebenszeitprävalenz

Die 12-Monats-Prävalenz der Major Depression variiert in den einzelnen Ländern beträchtlich, liegt aber insgesamt bei etwa 6 %. Das Lebenszeitrisiko für Depressionen ist dreimal so hoch (15-18 %), was bedeutet, dass Major Depressionen weit verbreitet sind und fast einer von fünf Menschen irgendwann im Laufe seines Lebens eine Episode erlebt (Gin S Malhi, J John Mann, Depression, 2018). Damit liegt das Risiko im Laufe des Lebens an einer Depression zu erkranken bei 16 bis 20 Prozent (Ebmeier et al., 2006; Kessler & Bromet, 2013). Des Weiteren zählen depressive Störungen nicht nur bei den psychischen Erkrankungen, sondern Erkrankungen im Allgemeinen zu den häufigsten Krankheitsbildern (Jachertz, 2013).

2.3.2. Demographische Unterschiede und Fehltag

Die Entwicklung der Fehltag verursacht durch psychische und insbesondere depressive Störungen sind die zweithäufigste Ursache für krankheitsbedingte Fehltag und haben sich zwischen 1999 bis 2019 fast verdreifacht (Marschall et al., 2020, S. 19). Die häufigste psychische Ursache für Arbeitsausfall aufgrund einer Erkrankung waren rezidivierende depressive Episoden (F32-33) und haben nachweislich einen Arbeitsausfall von 100 Tagen pro 100 Versicherten bedingt (Knieps & Pfaff, 2019). Interessant ist die Beobachtung, dass Menschen, welche in ihrem beruflichen Alltag mit Menschen zusammenarbeiten müssen und im Gesundheitssektor einkategorisiert werden, häufiger bedingt durch eine Depression am Arbeitsplatz fehlen (Knieps & Pfaff, 2019, S. 123). Als gesicherte Protektivfaktoren zählen unter anderem die soziale Komponente und Hilfestellung (Härter et al., 2010). Denn Personen, welche stark sozial isoliert oder abgeschottet sind, haben ein höheres Risiko an einer Depression zu erkranken. Es zeigt sich zudem, dass das Bildungsniveau, sowie eine berufliche Sicherheit eng mit Depressionsrate zusammenhängt, da Menschen, welche der unteren sozialen Schicht angehören ein höheres Risiko als Menschen aus der höheren sozialen Schicht, an Depression zu erkranken, aufweisen (RKI, 2013).

Betrachtet man verschiedene Studien ist klar, dass der Unterschied im Geschlecht deutlich erkennbar ist, da Frauen häufig doppelt so oft von Depressionen betroffen sind als die Männer (Dattani, Ritchie & Roser (2021); Kuehner, 2003). Das Erkrankungsrisiko von jungen Frauen im Gegensatz zu jungen Männern soll nach Vermutungen diverser Studien steiler ansteigen (DGPPN, 2015, S. 18). Dies kann unter Umständen dem Kontexterleben geschuldet sein, da junge Frauen meist noch vor Eintritt in das Erwachsenenalter mehr Risikofaktoren aufweisen, welche mit den Herausforderungen im Jugendalter, die Entstehung einer Depression erhöhen (Nolen – Hoeksema & Girgus, 1994).

Jüngste epidemiologische Erkenntnisse deuten zudem darauf hin, dass die Prävalenz depressiver Störungen in der allgemeinen jugendlichen Bevölkerung zwischen 4 und 8 Prozent liegt, wobei 20 Prozent der Jugendlichen bis zum Alter von 18 Jahren eine diagnostizierbare depressive Episode durchmachen (Birmaher, Ryan, Williamson, Brent, et al., 1996; Lewinsohn, Hops, Roberts, Seeley et al., 1993). Das Alter, in dem Menschen zum ersten Mal an einer Depression erkranken (mittleres Erkrankungsalter), liegt bei etwa 19 Jahren (Solmi, M., Radua et al., 2021). Nichtsdestotrotz liegt die höchste Prävalenzrate in der Altersgruppe von 50 – 69 Jahren (Global Burden of Disease Collaborative Network, 2021.). Dies kann an der hohen Komorbidität mit physischen sowie psychosozialen Parametern, wie an einer Armut liegen (DGPPN, 2015, S. 19). Menschen, die an einer chronischen Depression leiden, unterscheiden sich in

mehrfacher Hinsicht vom Durchschnittspatienten. Es ist wahrscheinlicher, dass sie auch an anderen Krankheiten leiden, z. B. an Angststörungen, und dass es in ihrer Familie eine Vorgeschichte mit psychischen Erkrankungen gibt. Es ist auch wahrscheinlicher, dass sie zum ersten Mal in jungen Jahren, in der Regel unter 25 Jahren, an einer Depression erkrankt sind (Hölzel, L. et al., 2011).

2.4. Ursachen von Depression

Wird die Ätiologie der Depression anhand von biologischen Modellen erklärt, so spielen neuroendokrinische, biochemische und genetische Faktoren eine entscheidende Rolle einnehmen. Anders sieht dies bei den psychosozialen Modellen aus, welche die Reaktion auf Liebesverlust oder Trennung in den Vordergrund rücken (Seiffge – Krenke, 2007). Zudem nehmen verschiedene Autoren eine allgemeine Vulnerabilität an, welche neben den familiären Belastungen, auf biologischer und psychosozialer Ebene mit entsprechenden Risiken, eine wichtige Rolle spielen (Resch, 1996). Psychologische Theorien verweisen auf den Verstärkerverlust und die damit einhergehende erlernte Hilflosigkeit (Seligman & Petermann, 2016). Depressionen können auch als nach innen gewendeten Aggressionen angesehen werden (Meiss, 2009). Demnach weisen depressive Störungen kein einheitliches Krankheitsbild auf, sondern werden durch multifaktorielle Erklärungskonzepte und damit einer Wechselwirkung aus biologischen und psychosozialen Faktoren besser abgebildet.

3. Systemische Therapie

3.1. Entstehung der systemischen Therapie

Die systemische Therapie, welche seit den 1980er Jahren als psychotherapeutischer Ansatz besteht, hat ihren Ursprung in der Familientherapie (Ludewig, 2005, S. 7). In der systemischen Therapie wird der Mensch als ein System betrachtet/ beschrieben, welcher durch andere Subsysteme (z.B. Familie, Freundeskreis, etc.) beeinflusst und umgeben wird. Das Hauptaugenmerk liegt beim Auftreten eines Störfaktors oder Problems nicht nur auf dem Menschen, sondern auf dem gesamten System und welche Rolle das Problem hierbei einnimmt.

3.1. Systemische Betrachtung mit Fokus Beziehungsmuster

Die systemische Sichtweise ist in erster Linie kein Opportunist der allgemeinen psychoanalytischen Sichtweise, sondern kann als eine ergänzende Methode zur Bewältigung diverser psychischer Störungen abgeleitet werden. Auch macht im systemischen Ansatz ein Blick in die Klassifikationssysteme wie die des ICD – 10 durchaus Sinn, jedoch werden diesen aber eine untergeordnete Rolle zuteil, da es weniger wichtig ist, ob die Depression ein soziales Konstrukt oder eine reale Erkrankung

darstellt, welche auf biologische Ursachen zurückzuführen ist (Asen, 2013). Der Zusammenhang zwischen belastenden, sowie schweren Lebensereignissen und der Entstehung einer Depression sind nicht Grund genug, um hier eine Kausalität festzustellen (Schlippe & Schweitzer, 2015, S. 29). Demnach ist die Ursache und damit ein Grund zur Entstehung einer depressiven Störung aus systemischer Sicht nicht klar zu definieren. Die systemische Sichtweise sucht nach dem Problem im System (Leben einer Person), welche den betroffenen Menschen in das Symptom einer Depression als Lösung und Antwort darauf zwingt (Ruf, 2015, S. 42 – 43). In der vorliegenden Studienarbeit werden die engen sozialen Beziehungen, welche sich im Kontext einer Partnerschaft oder Eltern-Kind Beziehung abspielen, weiter ausgeführt.

Partner binden:

Dies gilt auch für die Ehefrau oder Partnerin, die in ihrem depressiven Verhalten, die Lösung dafür sieht, den Partner physisch länger bei ihr zu behalten (Schlippe & Schweitzer, 2015, S. 77). Der vermeintlich schwache Part in dieser Beziehung zwingt durch dieses Verhalten den vermeintlich starken Part Fürsorge zu zeigen. Es kommt ganz dem Gesetz der Homöostase und Autopoiese zu einer Regulierung der Systeme, wodurch diese sich ins Gleichgewicht bewegen (Selvini Palazzoli et al., 1988, S. 15) und die Rollen der Partner getauscht werden (Schlippe & Schweitzer, 2015, S.77). Es ist wichtig zu erörtern, welche Bedeutung die Depression für die Partnerschaft hat, da eher schlecht funktionierende Beziehungen, welche sich durch fehlende Synchronität oder Vermeidung eines Konflikts kennzeichnen, insbesondere bei Frauen zu Depression führen kann (Schlippe & Schweitzer, 2015, S. 78). Die nähere Betrachtung eines zirkulären Ursache-Wirkungs-Zusammenhangs zwischen der Partnerschaft und Depression (Sydow & Borst, 2018, S. 434) kann eine Erklärung sein, dass die betroffene Person durch ihre Depression das Gleichgewicht in der Beziehung wieder herstellen möchte (Schlippe & Schweitzer, 2015, S. 78). Zur Verdeutlichung wird ein rückbezügliches Muster, welche sich in der Kommunikationsabfolge äußern kann, verwendet: Depressiver Partner: „Ich bin depressiv, weil unsere Ehe schlecht ist.“ – Nicht depressiver Partner: „Unsere Ehe ist so schlecht, weil du so depressiv bist.“ (Schlippe & Schweitzer, 2014, S. 127).

Gender – Ungleichheit:

Wie bereits erwähnt wird bei Frauen eine Depression häufiger diagnostiziert als bei Männern. Hier wird davon ausgegangen, dass Frauen mit depressiven Ereignissen von Einflusslosigkeit anders umgehen, da sie des Distress anders ausdrücken als Männer (Schlippe & Schweitzer, 2014, S. 166). Sind die ehelichen Entscheidungsspielräume

sowie die häuslichen Aufgaben ungleich verteilt, kann dies zur Steigerung der Depression bei der Frau führen. Die Depression entspringt einer zeitlich vorausgegangen, ehelichen Unzufriedenheit. Männer hingegen scheinen auf Arbeitsstress deutlich stärker depressiv zu reagieren als Frauen, sowie den Umgang mit Depression, da Männer acht- bis zehnmal häufiger Suizid oder Suizidversuche begehen als das weibliche Geschlecht (Schlippe & Schweitzer, 2014, S. 117).

Bindung an Vergangenes:

Um Depression besser prädictieren zu können, scheint das Bindungsmuster in einem frühkindlichen Stadium als geeignet zu erscheinen. Eine breit gefächerte Zwillingsstudie von Kessler et al. (1997) hat nachweisen können, dass die Trennung oder der Verlust eines Elternteils losgelöst der erblichen Veranlagung eine erhöhte Vulnerabilität im Erwachsenenalter nach sich ziehen kann. Sind im familiären Kontext Werte wie Anerkennung, Unterstützung und Verbundenheit gegeben, so sinkt die Wahrscheinlichkeit einer depressiven Erkrankung und können zudem das Überwinden einer Depression fördern (Schlippe & Schweitzer, 2015, S. 72). Zudem kann eine depressive Symptomatik die schmerzliche Erinnerung an ein verstorbenes Familienmitglied innehalten und deutlicher zum Ausdruck gebracht werden (Schlippe & Schweitzer, 2015, S. 77).

Loyalität:

In Therapien zeigt sich nach Betrachtung mehrerer Generationen, dass Menschen, deren Eltern ein leidhaftes (ggf. depressives) Leben hatten, aus Loyalität heraus, sich verbieten (bewusst oder unbewusst) ein besseres Leben zu führen als das ihrer Eltern (Schlippe & Schweitzer, 2014, S. 126). Des Weiteren nehmen einige die Position des ewig Hilfreichen ein, indem sie ständig für die anderen Menschen da sein wollen (Schlippe & Schweitzer, 2014, S. 126). Es ist empfehlenswert Kinder frühzeitig in der akuten klinischen Phase bei der Verarbeitung elterlicher Depression zu unterstützen, da diese im persönlichen Wachstum der Kinder eine Herausforderung darstellen kann (Schlippe & Schweitzer, 2015, S. 73).

Perfektionsdruck, Konfliktfreiheit und Zusammenhalt als oberste Werte:

Ein ständiger Drang alles richtig und perfekt machen zu müssen, welcher kollektiv im sozialen System geteilt wird, kann bei Nichterfüllung und dem einhergehenden Druckgefühl depressive Symptomatik erzeugen (Schlippe & Schweitzer, 2014, S. 128). Des Weiteren können verschiedene Muster wie die Erwartungshaltung von Anderen, Verlustangst, oder Verunsicherungs- und Enttäuschungsereignisse ein starkes

Bedürfnis nach Sicherheit und Abhängigkeit anderer Menschen erzeugen (Schlippe & Schweitzer, 2015, S. 78). Das Bedürfnis alles perfekt zu machen, führt dazu, dass Konfliktfreiheit und Zusammenhalt als die höchsten Werte angesehen werden (Schlippe & Schweitzer, 2014, S. 128). Spricht der Betroffene nun nicht der Familienideologie entsprechend seine eigenen Bedürfnisse aus und handelt nach ihnen, kann dies das Empfinden von Schuldgefühlen hervorrufen (Schlippe & Schweitzer, 2014, S. 128).

Hilfreiche Helfer, hilflose Geholfene:

Die von depressiven Symptomen betroffene Person lädt durch das Verhalten dem Gegenüber dazu ein, aktiv die betroffene Person unabhängig vom Resultat aufzumuntern. Des Weiteren kann durch den Wechsel einer überverantwortlichen Person eine depressive Symptomatik dem zuvor hilflosen Part die Möglichkeit gegeben werden seinerseits Initiative zu zeigen (Schlippe & Schweitzer, 2014, S.128).

Aufforderung zum Engagement:

Das Senden depressiver Signale kann eine Botschaft an den Partner oder die Partnerin sein, sich mehr zu beteiligen und zu bemühen. Die Depression kann der betroffenen Person dienlich sein, um eigene Wünsche und Bedürfnisse, welche bis dato unerfüllt blieben, deutlich werden zu lassen, was anders nicht möglich gewesen wäre, wäre es ausgesprochen worden (Schlippe & Schweitzer, 2015, S. 76).

Abschließend lässt sich sagen, dass unter Anbetracht der Beziehungsmuster aus systemischer Sicht Depressionen häufig ein Resultat aus Verlust, Verlustängsten und der Druck, sowie dem Scheitern den Erwartungen anderer Menschen gerecht zu werden verschuldet ist. Zudem zeichnet sich eine Depression durch fehlende Zuneigung und Aufmerksamkeit aus, welche sich in dem Kindesalter aufgrund einer schlechten/ fehlenden Eltern – Kind - Beziehung bis in das Erwachsenenalter erstreckt. Das starke Pflichtgefühl und die familiäre Loyalität, welche das Handeln nach eigenen Bedürfnissen mit Schuldgefühlen bestraft, gepaart mit einem Helferkomplex kann eine zusätzliche Depression fördern und hervorrufen.

4. Methodik

4.1. Fragestellung

Die vorliegende Studienarbeit untersucht im folgenden Kapitel wie die im vorangegangenen Abschnitt beschriebenen Beziehungsmuster in der Datenerhebung zur Entstehung von Depression aus der systemischen Sicht genutzt und angewendet werden können. Es erfolgt eine Operationalisierung mithilfe eines Strukturbaums, wodurch die Validität, Reliabilität und Objektivität in der Datenerhebung, sowie

Patientenbefragung gewährleistet wird.

4.2. Strukturbaum

Aufgrund einer übersichtlichen Darstellung in Anbetracht des Platzes wurde der Strukturbaum in drei Ebenen aufgeteilt, welche die Lesbarkeit, sowie ein besseres Verständnis gewährleisten. Die drei Ebenen gewährleisten eine Übersicht der bedeutsamsten Risikofaktoren zur Entstehung einer Depression in Bezug auf systemische Beziehungsmuster und werden gleichwertig betrachtet. Der Strukturbaum nimmt Bezug auf die Vulnerabilität der Depression, welche sich aus den somatischen, genetischen und psychosozialen Faktoren zusammensetzt und teilt die Ebenen in soziale, biologische und psychologische Ebenen auf.

In der biologischen Ebene werden biologische Faktoren genannt, welche unter Anbetracht der Literatur, Aufschluss über die Entstehung einer Depression geben. Somit konnten drei wesentliche Faktoren festgehalten werden.

Ein wichtiger biologischer Faktor ist die erbliche Veranlagung, da ein signifikanter nicht – linearer Zusammenhang zwischen dem Risiko einer lebenslangen Depression und der HTT – CAG – Repeat – Größe existiert, da sowohl relativ kurze als auch relativ große Allele mit einem erhöhten Depressionsrisiko verbunden sind (Gardiner SL., 2017). Zudem können depressive Störungen durch hormonelle Dysfunktionen, indem ein Ungleichgewicht der Neurotransmitter oder eine Fehlregulation der Stresshormone besteht, begünstigt werden.

Die psychische Ebene greift einige Beziehungsmuster der systemischen Sichtweise, wie den Perfektionismus und den hilflosen Helfer, auf. Ein sogenannter Perfektionismus lässt sich leicht internalisieren und auf andere Bereiche übertragen. Das Modell des Perfektionismus wird in der Literatur in zwei Formen erklärt: Ein an sich selbst – gerichteter oder nach außen gerichteter Perfektionismus (Spitzer, 2016, S. 8). In dieser Ebene wird vermehrt Bezug auf die persönlichen Einflussbereiche genommen, da gewisse Teile des Perfektionismus in gewisser Weise durch soziale Kategorien abgedeckt werden.

Es wird zudem Bezug auf den hilflosen Helfer genommen. Dies lässt sich zum Teil unter dem Helfersyndrom (Schmidbauer, 1978) gut abbilden und zusammenfassen.

Unter Betrachtung der beiden Konstrukte und der Feststellung einer Überschneidung dieser, lassen sich bestimmte Verhaltensweisen als Indikatoren ableiten.

Der hohe Leistungsanspruch an sich selbst und die damit einhergehende Angst vor Fehlern, welche meist gepaart mit einer hohen Sensibilität gegenüber Kritik auftritt, ist eine Folge des Perfektionismus und des hilflosen Helfers.

Des Weiteren entsteht ein Streben nach Aufmerksamkeit und dem Bedürfnis nach Anerkennung erbrachter Leistungen in jeglicher Form.

Negative Selbstwahrnehmung ist auf der Ebene des Perfektionismus anordnen und führt im weiteren Verlauf zum Zurückstellen der eigenen Bedürfnisse und damit einer Unterordnung einer existierenden (Familien)Hierarchie. Ein Handeln nach eigenen Bedürfnissen kann in diesem Fall Schuldgefühle hervorrufen, die eine Depression begünstigen können.

Die soziale Ebene wird durch fünf Kategorien charakterisiert.

Die Beziehungsmuster Loyalität und Bindung an Vergangenes werden im Konstrukt der Familie zusammengefasst und durch eine Ableitung von Indikatoren empirisch erfassbar gemacht. Es wurde hierzu die Literatur und das Familienmodell (Steinhauer et al., 1984) näher betrachtet und durch eigene Überlegungen ergänzt, sowie zusammengefasst.

Durch den Verlust einer nahen stehenden Person kann die Entstehung einer Depression unweigerlich begünstigt werden.

Das Aufrechterhalten des Systems und die darin enthaltenen Dynamiken können als Katalysator einer depressiven Störung fungieren.

Beispiele sind der Rollendruck und die Erwartungshaltung der Eltern gegenüber dem Kind, sowie Normen und Regeln, welche befolgt werden müssen.

Die berufliche Situation, durch einen anspruchsvollen Job/ Vorgesetzten, oder eine bedingte Arbeitslosigkeit, kann ebenfalls eine Depression verstärken.

Das Beziehungsmuster Partner binden wird in der Partnerdynamik zusammengefasst. Die Literatur verweist hier bereits auf diagnostische Instrumente, wie der Fragebogen zur Partnerschaftsdiagnostik (Halhweg, 1996) und wurde unter Berücksichtigung eigener Überlegungen unter folgenden Ableitungen zusammengefasst:

Das Vertrauen, welches durch starke (toxische) Abhängigkeit und starkem Bindungsmuster können negative Auswirkungen auf die Stimmung haben, jene negative Kommunikationsmuster, die durch fehlende oder schuldzuweisende Kommunikationsabfolgen ebenfalls eine depressive Symptomatik fördern können.

Weitere Kategorien sind der niedrige Bildungsstand, sowie ein niedriger sozialer Status oder die soziale Isolation.

5. Aufbau der Empirie

5.1. Erstellung und Aufbau des Fragebogens

Das gewählte Studiendesign für die Datenerhebung erfolgt durch ein quantitatives Forschungsinstrument in Form eines standardisierten Fragebogens. Die Probanden werden dazu aufgefordert durch einen Wert auf einer numerischen Skala ihre Zustimmung oder Ablehnung preiszugeben. Dies soll durch einfache, kurze, und geschlossene Formulierungen den Probanden die Abgabe der Antwort erleichtern. Es wird direkt zu Beginn des Fragebogens das Ziel und somit der Zweck der Erhebung der Daten dargelegt. Des Weiteren werden in der Einleitung demographische Daten erhoben, welche durch Nominalskalen abzubilden sind. Das Ausfüllen des Fragebogens wird somit als Einverständnis, dass die erhobenen Daten zu Forschungszwecken verwendet werden dürfen, angesehen. Der Fragebogen stellt eine Anonymität des Probanden dar und erlaubt somit eine ehrlichere Beantwortung der Fragen (Debois, 2017).

In Anlehnung an den Strukturbaum folgen drei weitere Teile des Fragebogens, die anhand einer siebenstufigen Likert-Skala die biologischen, sozialen und psychologischen Faktoren abfragen. Um potentielle Rückfragen zu vermeiden, wurde die Fragen so formuliert, dass die Selbsteinschätzung in der sogenannten Ich-Perspektive möglich ist (Vochezer, 2008, S. 35).

Um keine Richtung anzugeben oder Vermutungen entstehen zu lassen, wurden die Ebenen durchmischt und Negativformulierungen miteingebaut, um Rückschlüsse der Probanden in der Beantwortung der Fragen zu vermeiden.

5.2. Durchführung der Datenerhebung

Ein Fragebogen hat den Vorteil kosteneffektiv zu sein und kann zudem in kurzer Zeit eine Vielzahl von Daten erheben. Der Proband wird in der Einleitung auf die Bearbeitungsdauer hingewiesen, welche meist nicht viel Zeit in Anspruch nimmt. Ein standardisierter Fragebogen kann orts- und zeitunabhängig stattfinden und wird den Probanden durch den nicht vorhandenen Interviewer in der Beantwortung nicht beeinflussen. Es kann eine präzise Auswertung erfolgen, die Aufschluss über mögliche Risikofaktoren in der Entstehung der Depression aus systemischer Sicht geben. Somit kann der Fragebogen als Instrument zur Ersteinschätzung herangezogen werden um anschließende Primär- oder Sekundärinterventionen abzuleiten.

Ein sogenannter Pretest wäre als ein Probedurchgang durchaus sinnvoll, da Fragen hinsichtlich ihrer Verständlichkeit sowie der Testlänge überprüft und eventuell angepasst werden können (Reinhardt, 2015, S. 23ff.). Der Fragebogen kann in physischer Form,

gemäß Paper –Pencil, stattfinden, aber auch über Onlineplattformen über das Internet erfolgen. Anders als bei der Paper – Pencil Befragung wird bei der Onlineumfrage die Daten in Echtzeit erhoben, sowie eine mögliche Abschreckung aufgrund von Mehrarbeit, wie das Zurücksenden des Fragebogens auf postalischem Wege, vermieden werden (Reinhardt, 2015, S. 33ff.).

5.3. Auswertung

Onlineumfragen stellen durch einfache Tools meist die erhobenen Daten statistisch da. Hier fehlt jedoch meist die Interpretation der erhobenen Daten, welche durch die auswertende Person oder den systemischen Beraters geschieht. Dies kann durch Softwareprogramme wie SPSS und SAS erfolgen. Welches Programm zu Anwendung herangezogen werden soll, wird entschieden durch die Komplexität und Umfang der gewünschten Darstellung des Ergebnisses. Die Daten werden codiert damit die angegebenen Daten von der Software gelesen werden können. Jedem Item wird somit eine Zahl zugewiesen und in Verbindung gesetzt. Zudem müssen bei der Auswertung die Negativfragen berücksichtigt werden, welche bei falscher Auswertung die Interpretation der Daten verfälscht.

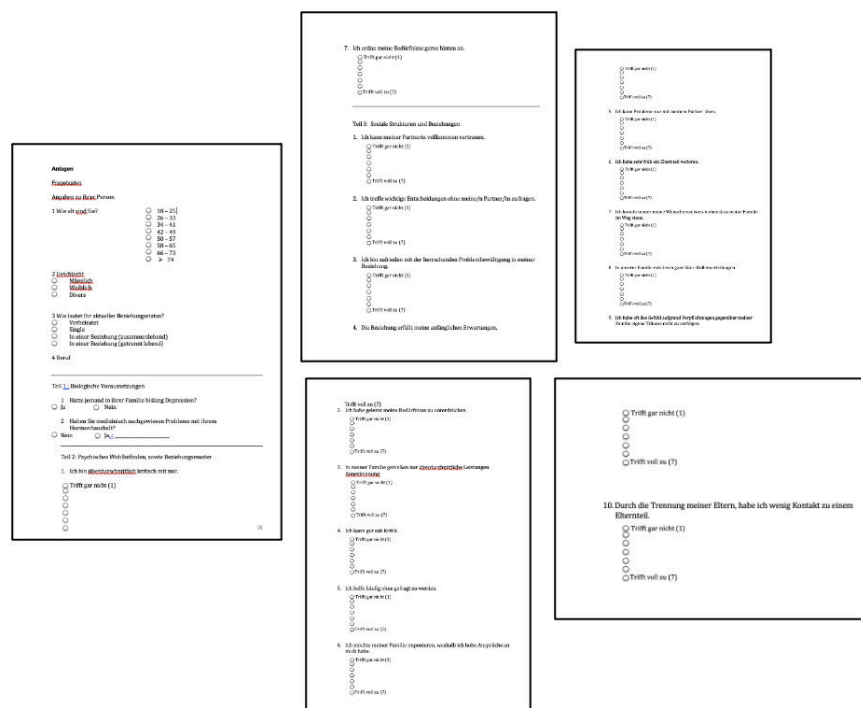


Abbildung 3: Auszüge aus dem Fragebogen

6. Diskussion und Ausblick

Das Ziel dieser Arbeit war es die Depression als Krankheitsbild vorzustellen und aus systemischer Sichtweise zu thematisieren. Es wurde zudem ein Fragebogen herangezogen, welcher die Risikofaktoren einer Entstehung der Depression aus systemischer Sicht erfasst.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die Depression eine ernstzunehmende Erkrankung darstellt und das Leben des Betroffenen immens einschränken kann. Es existiert Stand jetzt einiges an Literatur in der Depressionsforschung und viele Ansätze die zur Bewältigung einer Depression herangezogen werden können. Nichtsdestotrotz wird die Depression als Erkrankung in der Gesellschaft noch heute stark tabuisiert, denn nur 64% der Betroffenen wenden sich entsprechend an eine geschulte Person um ihre Symptomatik entgegenzuwirken. Dies kann begründet werden durch das Gedankengut, versagt zu haben, da Betroffene oft ihre Erkrankung verneinen, indem Sie die Symptomatik ignorieren.

Daraus folgen Suizide, absolute soziale Isolation und Verlust des Berufs, was wiederum die Depression verstärkt. Es entsteht ein Teufelskreis, den es aufzubrechen gilt. Hierfür muss dementsprechend Aufklärungsarbeit geleistet werden. Voraussetzung ist natürlich eine Offenheit und keine Ablehnung seitens der Bevölkerung.

6.1. Kritische Betrachtung des Vorgehens

Der Fragebogen bildet eine gute Grundlage für die Erfassung der Risikofaktoren einer Depression aus systemischer Sicht, jedoch wird in diesem Kapitel die Methodik in Anbetracht der Gütekriterien bewertet. Es ist zu beachten, dass es sich hier um eine hypothetische Durchführung handelt, die in der Realität so hätte umgesetzt werden können, aber nicht durchgeführt wurde. Demnach ist die kritische Reflexion auf möglichen Annahmen und Eventualitäten basierend vorgenommen.

Bei einer Onlinedurchführung ist ein gewisses Maß an Objektivität gewährleistet. Die Objektivität ist dann gegeben, wenn die Durchführung unabhängig geschieht und verschiedene Personen bei der Auswertung und Interpretation dieser Daten auf identische Ergebnisse kommen (Reinhardt, 2014). Bei einer Onlinebefragung sitzt dem Probanden meist niemand gegenüber, der einen Einfluss auf die Beantwortung der Fragen nehmen kann, weshalb eine verständliche Formulierung und standardisierte Items notwendig sind. Das im Fragebogen verwendete Skalenniveau, sowie die Erläuterung des Aufbaus, sollten hier eine zuverlässige Auswertung gewährleisten.

Wie zuverlässig die gewählte Messmethode ein Ergebnis darstellt, wenn dies mehrfach unter denselben Bedingungen geschieht, wird als die Reliabilität bezeichnet (Moosbrugger & Kelava, 2012, S. 27; Reinhardt, 2014, S. 16). Es wurde ein standardisierter Fragebogen gewählt, wodurch eine gewisse Konsistenz gegeben sein dürfte.

Der Grad der Genauigkeit wird bestimmt durch die Erfassung dessen, was erfasst werden soll. Dies ist somit die Validität (Reinhardt, 2014, S. 17). Die Konstrukt- und Inhaltsvalidität kann aufgrund des Strukturbaumes und Operationalisierung der Beziehungsmuster mit Einbezug der Literatur gegeben sein.

Es können jedoch keine genauen Rückschlüsse gezogen werden, da Faktoren wie Internetzugang und die Angst des Probanden vor einem bestimmten Ergebnis, die Teilnahme erschweren können oder sogar das Ergebnis verfälschen. Findet keine Identifizierung des Probanden mit den angegebenen Antwortmöglichkeiten statt, wird dies ebenfalls einen negativen Einfluss haben und somit das Endergebnis aufgrund äußerer Faktoren stark variieren.

6.2. Diskussion Konzepte „Lebensproblem u. Problemsystem“

Subjektiv erlebte Ereignisse, welche beständig sind und von der betroffenen Person als veränderungsbedürftig beschrieben werden, werden als Lebensproblem bezeichnet (Ludewig, 2018, S. 92). Dies kann in der Partnerschaft die sich vernachlässigt fühlende Person sein, die durch ihre depressive Symptomatik eine Verbesserung des aktuellen Ist – Zustandes erreichen möchte.

Ein Problemsystem entsteht in diesem Fall durch eine Kommunikation aller Mitglieder eines Systems, welche auf der sozialen Ebene stattfindet. Die systemische Sichtweise beschreibt nicht ein vorhandenes Problem, sondern vielmehr die Kommunikation über ein bestimmtes Verhalten (depressive Symptomatik) als die Ursache und das wirkliche Problem. Denn erst die negative Bewertung in der Kommunikation über den bestimmten Sachverhalt, ist ursächlich für ein Problemsystem (Ludewig, 2018, S.73, 92).

Schlussendlich geben die Beziehungsmuster Aufforderung zum Engagement einen Anlass zur Therapie, sollte ein depressiver Patient die Veränderungsnotwendigkeit als Angriff auf das eigene Selbstverständnis sehen.

Wird für die professionelle Unterstützung ein systemischer Berater herangezogen kann dieser neue Perspektiven durch die Ent- oder Verstörung durch komplexe Kontextveränderung, indem alte Muster infrage gestellt werden, aufzeigen (Kriz, 2016, S. 15).

6.3. Ausblick

Nach Betrachtung der Epidemiologie, Ätiologie von depressiven Störungen, sowie der Risikofaktoren einer Depression aus der systemischen Sichtweise, sollte dieser eine höhere Bedeutung und Relevanz beigemessen werden. In der Zeit einer globalen Pandemie, welche aufgrund neuer Kontexte, neue Interaktionsstrukturen entstehen lässt, wie das Home Office, werden die Menschen vor neue Herausforderungen gesetzt und damit einhergehend das Risiko an einer Depression zu erkranken, verstärkt.

Um aufkeimende destruktive Beziehungsmuster besser oder frühzeitig erkennen zu können, ist die Verwendung des erarbeiteten Fragebogens in Erwägung zu ziehen. Der Fragebogen kann durch Pre – Test hinsichtlich der Gütekriterien getestet und bei Bedarf optimiert werden. Dies kann zu einer verlässlichen Methode zur Erfassung einer möglichen Depression aus der systemischen Sichtweise genutzt werden um entsprechende Primär- oder Sekundärinterventionen abzuleiten.

Es kann durch den Fragebogen generalisierte Präventionsprogramme erstellt werden, wenn sich bestimmte Muster der Risikofaktoren verzeichnen lassen.

Des Weiteren kann der Fragebogen für weitere Studien hinsichtlich verschiedener Bevölkerungsgruppen genutzt werden, um die Unterschiede oder Gemeinsamkeiten der Risikofaktoren eruieren zu können.

Literaturverzeichnis

Asen, E. (2013). Was bedeutet Depression aus systemischer Sicht? PiD - Psychotherapie im Dialog, 14(03), 30–33. <https://doi.org/10.1055/s-0033-1353814>

Birmaher, B., Ryan, N. D., Williamson, D. E., Brent, D. A., Kaufman, J., Dahl, R. E., Perel, J. & Nelson, B. (1996). Childhood and adolescent depression: a review of the past 10 years. Part I. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 35(11), 1427–1439. <https://doi.org/10.1097/00004583-199611000-00011>

Cui, R. (2015). A Systematic Review of Depression. Current Neuropharmacology, 13(4), S. 480.

Debois, S. (2017). 9 Vorteile und Nachteile von Fragebögen. Zugriff am 9.12.2019. Verfügbar unter <https://surveyanyplace.com/de/9-vorteile-und-nachteile-von-fragebogen/>.

Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (2015). Unipolare Depression (2. Auflage). Berlin: Redaktion Nationale Versorgungsleitlinien.

DIMDI. (22. September 2017). ICD-10-GM Version 2018: Kapitel V Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99) - Affektive Störungen (F30-F39). <https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/kode-suche/htmlgm2018/block-f30-f39.htm>

DGPPN. (2015). S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie - Unipolare Depressionen - Langfassung. <https://www.leitlinien.de/mdb/downloads/nvl/depression/depression-2aufl-vers5-lang.pdf>

Ebmeier, K. P., Donaghey, C. & Steele, J. D. (2006). Recent developments and current controversies in depression. The Lancet, 367(9505), 153–167. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(06\)67964-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(06)67964-6)

Gardiner SL, van Belzen MJ, Boogaard MW, van Roon-Mom WMC, Rozing MP, van Hemert AM, Smit JH, Beekman ATF, van Grootheest G, Schoevers RA, Oude Voshaar RC, Roos RAC, Comijs HC, Penninx BWJH, van der Mast RC, Aziz NA. Huntingtin gene repeat size variations affect risk of lifetime depression. Transl Psychiatry. 2017 Dec 11;7(12):1277. doi: 10.1038/s41398-017-0042-1. PMID: 29225330; PMCID: PMC5802693

Global Burden of Disease Collaborative Network. Global Burden of Disease Study 2019 (GBD 2019) Results. Seattle, United States: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), 2021.

Haenel, T. (2017). Depression – das Leben mit der schwarz gekleideten Dame in den Griff bekommen. Berlin & Heidelberg: Springer.

Härter, M., Klesse, C., Bermejo, I., Bschor, T., Gensichen, J., Harfst, T., Hautzinger, M., Kollada, C., Kopp, I., Kühner, C., Lelgemann, M., Matzat, J., Meyerrose, B., Mundt, C., Niebling, W., Ollenschläger, G., Richter, R., Schauenburg, H., Schulz, H., . . . Berger, M. (2010). Evidenzbasierte Therapie der Depression: Die S3-Leitlinie unipolare Depression [Evidence-based therapy of depression: S3 guidelines on unipolar depression]. *Der Nervenarzt*, 81(9), 1049–1068. <https://doi.org/10.1007/s00115-010-3084-7>

Hahlweg, K. (1996). Fragebogen zur Partnerschaftsdiagnostik (2. Aufl.). Hogrefe.

Hölzel, L., Härter, M., Reese, C., & Kriston, L. (2011). Risk factors for chronic depression—A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 129(1–3), 1–13

Jachertz, N. (2013). Psychische Erkrankungen - Hohes Aufkommen, niedrige Behandlungsrate. <https://www.aerzteblatt.de/pdf.asp?id=134511>

Kasper, S. & Lehofer, M. (2012). Depression – Medikamentöse Therapie. *Clinicum neuropsy*, Sonderausgabe, S.3-23.

Keck, M. (2017). Depression. Glatzbrugg: Lundbeck. Zugriff am 20.07.2022. Verfügbar unter https://www.psych.mpg.de/2354388/depression_patienten_broschuere_keck.pdf.

Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Koretz, D., Merikangas, K. R., Rush, A. J., Walters, E. E. & Wang, P. S. (2003). The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *JAMA*, 289(23), 3095–3105. <https://doi.org/10.1001/jama.289.23.3095>

Kessler, R. C. & Bromet, E. J. (2013). The epidemiology of depression across cultures. *Annual review of public health*, 34, 119–138. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-031912-114409>

Knieps, F. & Pfaff, H. (Hg.). (2019). BKK-Gesundheitsreport: Bd. 2019. Psychische Gesundheit und Arbeit: Zahlen, Daten, Fakten (1. Aufl.). Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.

Kriz, J. (2016). Systemtheorie für Coaches. Einführung und kritische Diskussion. Wiesbaden: Springer (essentials).

Kuehner, C. (2003). Gender differences in unipolar depression: an update of epidemiological findings and possible explanations. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 108(3), 163–174. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.2003.00204.x>

Ludewig, K. (2018). Einführung in die theoretischen Grundlagen der systemischen Therapie. Carl-Auer-Compact. Carl-Auer-Systeme Verlag und Verlagsbuchhandlung GmbH.

Malhi GS, Mann JJ. Depression. *Lancet*. 2018 Nov 24;392(10161):2299-2312. doi: 10.1016/S0140-6736(18)31948-2. Epub 2018 Nov 2. PMID: 30396512.

Marschall, J., Hildebrandt, S., Kleinlerchner, K. & Nolting, H. (2020). DAK Gesundheitsreport 2020: Stress in der modernen Arbeitswelt. Sonderanalyse: Digitalisierung und Homeoffice in der Corona-Krise. Beiträge zur Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung: Band 33. medhochzwei-Verl.

Meiss, O. (2009). Depressionen. In D. Revenstorf & B. Peter (Hg.), *Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin* (2. Aufl.). Springer Medizin Verlag Heidelberg.

Nolen-Hoeksema, S. & Girgus, J. S. (1994). The emergence of gender differences in depression during adolescence. *Psychological bulletin*, 115(3), 424–443.
<https://doi.org/10.1037/0033-2909.115.3.424>

Reinhardt, R. (2014). *Empirische Sozialforschung: Titel-Nr. 1000-02* (2. Aufl.). SRH Fernhochschule.

Reinhardt, R. (2015). *Studienbrief: Fragebogentechnik*. Riedlingen: SRH Fernhochschule.

Resch, F. (1996). *Entwicklungspsychopathologie des Kindes- und Jugendalters*. Weinheim: Beltz

RKI (Hg.). (2013). *GBE Kompakt: Zahlen und Trends aus der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Diagnose Depression* (2/2013).

Ruf, G. D. (2015). *Depression und Dysthymia (Störungen systemisch behandeln)* (1. Aufl.). Carl-Auer-Systeme Verlag.

Saloni Dattani, Hannah Ritchie and Max Roser (2021) - "Mental Health". Zugriff am 16.07.2022. Published online at OurWorldInData.org. Retrieved from: 'https://ourworldindata.org/mental-health' [Online Resource]

Schlippe, A. von & Schweitzer, J. (2015). *Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung II: Das störungsspezifische Wissen* (6., unveränderte Auflage). Vandenhoeck & Ruprecht. <https://doi.org/10.13109/9783666462566>

Schlippe, A. von & Schweitzer, J. (2014). *Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung II: Das störungsspezifische Wissen* (5., unveränderte Auflage). Vandenhoeck & Ruprecht.

Schmidbauer, W. (1978). *Die hilflosen Helfer: Über die seelische Problematik der helfenden Berufe* (3. Aufl.). Rowohlt.

Solmi, M., Radua, J., Olivola, M., Croce, E., Soardo, L., Salazar de Pablo, G., Il Shin, J., Kirkbride, J. B., Jones, P., Kim, J. H., Kim, J. Y., Carvalho, A. F., Seeman, M. V., Correll, C. U., & Fusar-Poli, P. (2021). Age at onset of mental disorders worldwide: Large-scale meta-analysis of 192 epidemiological studies. *Molecular Psychiatry*.

Seiffge-Krenke, I. (2007). Analytische Psychotherapie bei Jugendlichen. Stuttgart: Klett-Cotta.

Seligman, M. E. P. & Petermann, F. (2016). Erlernte Hilflosigkeit: Anhang: 'Neue Konzepte und Anwendungen' von Franz Petermann ((B. Rockstroh, Übers.)) (5., neu ausgestattete Auflage). Beltz. <http://www.beltz.de/de/nc/verlagsgruppe-beltz/gesamtprogramm.html?isbn=978-3-621-28391-5>

Selvini Palazzoli, M., Boscolo, L., Cecchin, G. & Prata, P. (1988). Paradoxon und Gegenparadoxon: Ein neues Therapiemodell für die Familie mit schizophrener Störung (6. Aufl.). Konzepte der Humanwissenschaften. Klett-Cotta.

Spitzer, N. (2016). Perfektionismus und seine vielfältigen psychischen Folgen: Ein Leitfaden für Psychotherapie und Beratung (1. Aufl.). Psychotherapie: Praxis. Springer.

Steinhauer, P. D., Santa-Barbara, J. & Skinner, H. (1984). The Process Model of Family Functioning. Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie, 29(2), 77–88. <https://doi.org/10.1177/070674378402900202>

Sydow, K. von & Borst, U. (Hg.). (2018). Systemische Therapie in der Praxis (1. Originalausgabe). Julius Beltz GmbH et Co. KG. https://www.content-select.com/in-dex.php?id=bib_view&ean=9783621285285

Vochezer, R. (2008). Qualitative und quantitative Verfahren.: Studienbrief der SRH Fernhoch- schule.

World Health Organization (2018). Depression. Zugriff am 23.07.2022. Verfügbar unter <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>

Anlagen

Fragebogen

Angaben zu ihrer Person

- 1 Wie alt sind Sie?
- 18 – 25
 - 26 – 33
 - 34 – 41
 - 42 – 49
 - 50 – 57
 - 58 – 65
 - 66 – 73
 - 74

2 Geschlecht

- Männlich
- Weiblich
- Divers

3 Wie lautet Ihr aktueller Beziehungsstatus?

- Verheiratet
- Single
- In einer Beziehung (zusammenlebend)
- In einer Beziehung (getrennt lebend)

4 Beruf

Teil 1 : Biologische Voraussetzungen

- 1 Hatte jemand in ihrer Familie bislang Depression?
- Ja
 - Nein
- 2 Haben Sie medizinisch nachgewiesen Probleme mit ihrem Hormonhaushalt?
- Nein
 - Ja, : _____

Teil 2: Psychisches Wohlbefinden, sowie Beziehungsmuster

1. Ich bin überdurchschnittlich kritisch mit mir.

- Trifft gar nicht (1)
-
-
-
-
-
- Trifft voll zu (7)

2. Ich habe gelernt meine Bedürfnisse zu unterdrücken.

- Trifft gar nicht (1)
-
-
-
-
-
- Trifft voll zu (7)

3. In meiner Familie genießen nur überdurchschnittliche Leistungen
Anerkennung

- Trifft gar nicht (1)
-
-
-
-
-
- Trifft voll zu (7)

4. Ich kann gut mit Kritik.

- Trifft gar nicht (1)
-
-
-
-
-
- Trifft voll zu (7)

5. Ich helfe häufig ohne gefragt zu werden.

- Trifft gar nicht (1)
-
-
-
-
-
- Trifft voll zu (7)

6. Ich möchte meiner Familie imponieren, weshalb ich hohe Ansprüche an
mich habe.

- Trifft gar nicht (1)
-
-
-
-
-
- Trifft voll zu (7)

7. Ich ordne meine Bedürfnisse gerne hinten an.

- Trifft gar nicht (1)
-
-
-
-
-
- Trifft voll zu (7)

Teil 3: Soziale Strukturen und Beziehungen

1. Ich kann meiner Partnerin vollkommen vertrauen.

- Trifft gar nicht (1)
-
-
-
-
-
- Trifft voll zu (7)

2. Ich treffe wichtige Entscheidungen ohne meine/n Partner/in zu fragen.

- Trifft gar nicht (1)
-
-
-
-
-
- Trifft voll zu (7)

3. Ich bin zufrieden mit der herrschenden Problembewältigung in meiner Beziehung.

- Trifft gar nicht (1)
-
-
-
-
-
- Trifft voll zu (7)

4. Die Beziehung erfüllt meine anfänglichen Erwartungen.

- Trifft gar nicht (1)
-
-
-
-
-
- Trifft voll zu (7)

5. Ich kann Probleme nur mit meinem Partner lösen.

- Trifft gar nicht (1)
-
-
-
-
-
- Trifft voll zu (7)

6. Ich habe sehr früh ein Elternteil verloren.

- Trifft gar nicht (1)
-
-
-
-
-
- Trifft voll zu (7)

7. Ich konnte immer meine Wünsche realisieren ohne dass meine Familie im Weg stand.

- Trifft gar nicht (1)
-
-
-
-
-
- Trifft voll zu (7)

8. In unserer Familie existieren ganz klare Rollenverteilungen.

- Trifft gar nicht (1)
-
-
-
-
-
- Trifft voll zu (7)

9. Ich habe oft das Gefühl aufgrund Verpflichtungen gegenüber meiner Familie eigene Träume nicht zu verfolgen.

- Trifft gar nicht (1)
-
-
-
-
-
- Trifft voll zu (7)

10. Durch die Trennung meiner Eltern, habe ich wenig Kontakt zu einem Elternteil.

- Trifft gar nicht (1)
-
-
-
-
-
- Trifft voll zu (7)